

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y LOS SERVICIOS

52545-000 (Actualizado el 7 de noviembre de 2022)

Lea este formulario con atención. Este formulario de “Consentimiento” explica cómo proveemos atención, compartimos su información, recibimos el pago por los servicios que prestamos y hacemos ciertas funciones comerciales. A menos que sea una emergencia, debe firmar este formulario antes de recibir atención. No podemos aceptar ningún cambio en este formulario.

Mi consentimiento para la atención y las condiciones generales

Quiénes somos: En este Consentimiento, el término “EEH” y “nosotros” significa: Edward-Elmhurst Health (incluyendo, entre otros, los Edward Hospital, Elmhurst Memorial Hospital, Linden Oaks Hospital, Edward Health Ventures y cualquier otro centro de atención al paciente de EEH), ciertas organizaciones que son propiedad o están controladas por nosotros o por nuestro centro principal NorthShore – Edward-Elmhurst Health (los “Afiliados”), incluyendo NorthShore University HealthSystem, Swedish Hospital, Northwest Community Healthcare, y los médicos, enfermeros y demás personal o empleados de EEH y los afiliados.

Proveer atención: Doy mi consentimiento para que EEH me provea atención a mí o a la persona designada abajo (“mi” o “yo”). Entiendo que la atención significa todos los servicios médicos, incluyendo, entre otros, los exámenes, el tratamiento y los procedimientos de diagnóstico. La atención también puede incluir la evaluación y el tratamiento de la salud mental. Si estoy embarazada, acepto que todas las disposiciones en este Consentimiento se apliquen también a mi hijo o hijos por nacer para su atención mientras yo esté recibiendo atención en EEH.

Entiendo que este formulario autoriza cualquier acción médica razonable que se tome para cualquier propósito mientras recibo atención en EEH, que puede incluir la prueba del VIH, a menos que yo opte específicamente por no hacerme la prueba del VIH, para lo cual debo informar a mi proveedor de tratamiento que rechazo dicha prueba. Los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento médico que se dará lo determinarán mi médico u otros profesionales capacitados, según sea necesario o aconsejable en el momento en que se haga el tratamiento. Entiendo que no se me han dado garantías sobre el resultado de mi examen o tratamiento.

Entiendo que la misión de EEH se promueve a través de la formación de profesionales médicos. Estoy de acuerdo en que los médicos, residentes, becarios, enfermeros, técnicos y otros profesionales médicos en formación puedan participar activamente en mi atención y tratamiento.

Servicios de médicos/proveedores independientes: EEH NO EMPLEA, CONTROLA NI DIRIGE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS MÉDICOS INDEPENDIENTES DE SU PERSONAL MÉDICO. Entiendo que todos los médicos que me atienden en los hospitales de EEH son médicos independientes y no son agentes o empleados de EEH, excepto quienes pertenecen a Edward Health Ventures (EHV), Edward-Elmhurst Medical Group (EEMG) y Linden Oaks Medical Group (LOMG). Entiendo que los médicos de los siguientes grupos médicos independientes no son agentes o empleados de los hospitales de EEH y también entiendo que esta lista puede no ser exhaustiva: Elmhurst Primary Care Associates, Elmhurst Medical Associates; Elmhurst Memorial Physician Service (EMPS); Orthopedic Specialists, S.C.; DuPage Valley Anesthesiologists, LTD.; Elmhurst Anesthesiologists, P.C.; Naperville Radiologists, S.C.; Elmhurst Radiologist, S.C.; Associated

Pathology Consultants of Elmhurst, S.C.; y Laboratory & Pathology Diagnostics, LLC. Mediante mis iniciales en el párrafo de abajo y mi firma en este formulario, reconozco que los médicos independientes no son empleados, ni son supervisados o controlados por EEH. Entiendo que cada uno de estos médicos independientes tiene privilegios de personal, pero trata a los pacientes según su criterio médico independiente y que cada médico independiente, y no el EEH, es el único responsable de la atención, el tratamiento y los servicios que ordena, solicita, dirige o presta. Entiendo que debo preguntar a cada uno de mis médicos cualquier duda que tenga sobre su situación laboral. Además, reconozco que la situación de empleo o de agencia de los médicos que me tratan no es relevante para mi selección de EEH para mi atención. También entiendo que recibiré una factura por separado de cada uno de estos médicos independientes por sus servicios y que soy el único responsable de dicha factura.

██████████ (Iniciales del paciente o del representante personal)

Asistencia en idioma: Si corresponde, indiqué mi idioma preferido y si necesito servicios de interpretación calificada u otro tipo de asistencia en el idioma durante la inscripción. Entiendo que hay servicios calificados de interpretación y otros servicios de asistencia en idiomas disponibles para mí sin costo alguno y, si no elegí tener servicios de asistencia en idiomas en el momento del registro, puedo solicitar estos servicios en cualquier momento durante mi visita mediante notificación a un miembro del equipo de atención al paciente.

Instrucciones anticipadas: Reconozco que tengo derecho a hacer una instrucción anticipada y a que EEH cumpla estas instrucciones. Si entregué a EEH una copia de mi instrucción anticipada, EEH cumplirá mi voluntad y mis instrucciones expresadas de la manera más completa y razonable posible, y de acuerdo con la ley de Illinois. Sin embargo, mi acceso a la atención, el tratamiento y los servicios no depende de que tenga un documento de instrucciones anticipadas.

Fotografías y grabaciones de los pacientes: Entiendo que no está permitido tomar fotos ni grabar la atención o el tratamiento que presta EEH. Para respetar la privacidad de otros pacientes, entiendo que tampoco puedo hacer fotos ni grabar a otros pacientes.

Fotografías y registros de EEH: Entiendo que EEH y cada uno de mis proveedores pueden necesitar hacer fotografías, videos o grabaciones de audio para documentar una condición médica, ayudar con el diagnóstico o tratamiento de una condición, o ayudar a planificar los detalles de la atención. Doy permiso para que EEH haga fotografías, vídeos, imágenes digitales y de otro tipo o grabaciones de mí para el tratamiento, la educación y los fines operativos. También doy permiso para que EEH use y revele imágenes que no sean identificables externamente para estos fines sin autorización adicional. Además, entiendo que la foto del documento de Id. o de la licencia de conducir emitida por el estado, se usará en el sistema expediente médico electrónico (EHR) de EEH para mi protección y para evitar el robo de identidad. Entiendo que toda la reproducción y todos los derechos de autor asociados a estas imágenes y medios son y seguirán siendo propiedad de EEH, sus sucesores o encargados.

Bienes personales: Entiendo que EEH no es responsable de la pérdida, el robo o la destrucción de mis bienes personales, incluyendo los objetos de valor que traigo conmigo a EEH. Libero a EEH de toda responsabilidad por la pérdida, destrucción o robo de cualquier propiedad personal que traiga conmigo a EEH.

Daños a la propiedad: Entiendo que soy responsable y acepto la responsabilidad de cualquier daño o destrucción que el paciente cause a la propiedad de EEH o a la propiedad de otros.

Caducidad y revocación: Si tengo derechos según la ley, puedo revocar mi permiso para compartir mi información médica (como se define abajo), y este Consentimiento, para lo cual debo escribir al Departamento de Administración de Información Médica (Health Information Management Department) de EEH a: Department of Health Information Management, 801 South Washington Street, Naperville, IL 60540 o llamando al 331-221-0714. Entiendo que, si revoco mi permiso para compartir mi información médica, no se aplicará a ninguna acción tomada por EEH mientras este Consentimiento estaba vigente.

Cómo usar y compartir mi información

La ley: Hay una ley federal llamada Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA"). Esta ley exige que EEH proteja la privacidad y la seguridad de la información de tratamiento, contacto y financiera de sus pacientes. En conjunto, esta información se denomina "información médica". También hay otras leyes federales o estatales que exigen que EEH tome medidas adicionales para proteger ciertas categorías de información médica, incluyendo, entre otras, la información médica sobre la salud mental o conductual; las discapacidades del desarrollo; el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias (alcohol o drogas); las pruebas y la consejería genética; el VIH/SIDA; las agresiones/abusos sexuales; las enfermedades de transmisión sexual; el embarazo; el control de la natalidad; el abuso doméstico de un adulto con discapacidad; el abuso y el abandono infantil.

Autorización y aviso de prácticas de privacidad ("NPP"): Si la ley exige mi permiso, mediante la firma de este formulario, acepto que EEH pueda recibir, usar y revelar mi información médica según lo establecido en este Consentimiento y según lo establecido en el NPP de EEH. Entiendo que puedo encontrar más información sobre mi derecho a mi información médica, y sobre cómo EEH usa mi información médica, en el NPP. Reconozco que recibí una copia del NPP y de los Derechos y Responsabilidades del Paciente. Además, entiendo que el NPP y los Derechos y Responsabilidades del Paciente están disponibles en el sitio web de EEH en: www.eehealth.org.

Estoy de acuerdo en que mi permiso se aplique a toda mi información médica que esté a disposición de EEH, incluyendo, entre otras, mi información de contacto, los resultados de las pruebas de diagnóstico, la lista de problemas y medicamentos, el historial médico y otros datos clínicamente relevantes.

Entiendo que EEH no puede controlar la forma en que otros que reciben mi información médica protegerán o usarán mi información. Entiendo que la ley puede no exigir a otros que protejan mi información médica.

Entiendo que, si un paciente tiene entre 12 y 18 años, el estado de Illinois exige que el paciente también dé su permiso mediante la firma de este formulario, según corresponda.

Fines para los que se puede compartir mi información médica: Entiendo que EEH puede recibir, usar y revelar mi información médica para los fines descritos en el NPP. En particular, EEH podrá usar y revelar mi información médica para los siguientes fines:

Fines de seguimiento de la inmunización: I-CARE es un programa informático de intercambio de registros de vacunación desarrollado por el Departamento de Salud Pública (Department of Public Health) de Illinois. I-CARE ayuda a los proveedores de atención médica a registrar, seguir e informar de las vacunas de sus pacientes. La participación es voluntaria. Si decido no participar, debo rellenar un formulario de exclusión en el momento de la inscripción.

Fines del programa de intercambio de datos: “Otros proveedores” también puede incluir a mis proveedores que participan en programas de intercambio de datos, como: Epic CareEverywhere[®], Epic CareEquality, EpicCare[®] Link u otros programas similares de intercambio de datos que no figuran en esta lista. Estos programas de intercambio de datos permiten que mis proveedores intercambien mi información médica con fines de tratamiento, incluso en situaciones de emergencia. Doy mi permiso a EEH para que envíe y reciba mi información médica de forma electrónica con mis otros proveedores. Si decido no participar, incluso en caso de emergencia, debo avisar al Departamento de Administración de Información Médica de EEH al 331-221-0714.

Fines operativos: Acepto que la información de contacto que dé a EEH, como los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico, las usen EEH y terceras partes que actúen en nombre de EEH para comunicarse conmigo con fines operativos, como el seguimiento de las citas, los recordatorios de los tratamientos y las encuestas para pacientes. Estoy de acuerdo en que la información de contacto que dé a EEH se pueda usar por parte de EEH o de quienes actúen en su nombre para comunicarse conmigo por teléfono (incluyendo el teléfono móvil), texto o mensajes automáticos o pregrabados. Si no deseo recibir mensajes de texto o llamadas telefónicas, debo avisar a la línea de ayuda de MyChart al 630-527-5070.

Si cambio mi número de teléfono, debo avisar a EEH de inmediato a la línea de ayuda de MyChart al 630-527-5070. Sé que no tengo la obligación de autorizar a EEH, sus agentes, sus afiliados o sus proveedores externos a enviarme mensajes de texto. Puedo optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento si respondo STOP (DETENER) a los mensajes de texto. Si todavía recibo los mensajes de texto, llamaré a la línea de ayuda de MyChart al 630-527-5070. Entiendo que el procesamiento puede demorar, como mínimo, cinco (5) días hábiles. Entiendo y acepto que puedo recibir información a través de mensajes de texto que pueden incluir, entre otros, avisos de resultados de laboratorio, recordatorios de citas, recordatorios de procedimientos, avisos de salas de espera virtuales, recordatorios de medicamentos, avisos de pruebas de diagnóstico, recordatorios de salud, mensajes de marketing, encuestas y otras comunicaciones relacionadas con la atención médica.

Entiendo que la mensajería de texto no es un formato seguro de comunicación. Entiendo que hay riesgos asociados con los mensajes de texto, como información médica identificable individualmente u otra información sensible o confidencial contenida en dicho texto que puede ser mal dirigida, revelada o interceptada por terceros no autorizados y asumo todos los riesgos.

Mediante mi firma abajo, indico que soy el usuario principal y el suscriptor o que tengo el consentimiento del suscriptor para el número de teléfono móvil dado a EEH. Acepto todos los riesgos y doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de EEH, sus agentes, sus afiliados y sus proveedores externos al número teléfono que di.

Fines de marketing: Además, acepto que la información de contacto que dé a EEH la puedan usar EEH y terceras partes que actúen para EEH para comunicarse conmigo para actividades comerciales, publicitarias o de marketing, incluyendo para asuntos de cobro o facturación. Entiendo y doy mi consentimiento expreso para que se comuniquen conmigo a través de mensajes de texto o llamadas

telefónicas automáticas o pregrabadas o mensajes de voz al número que di a EEH. Entiendo que mi consentimiento no es necesario como condición para comprar o recibir cualquier bien o servicio de EEH. Si deseo revocar mi consentimiento, o no quiero que se comuniquen conmigo con fines de marketing, debo avisar al EEH en www.eehealth.org/contact-us/.

Actividades de investigación: Entiendo que la misión de EEH incluye el avance del conocimiento y los descubrimientos científicos a través de la investigación. Los proveedores o investigadores pueden comunicarse conmigo para hablar de las oportunidades de investigación que puedan ser de mi interés. Yo decido si acepto participar.

Entiendo que EEH puede usar y compartir mi exceso de tejido o fluido corporal para fines educativos y de investigación de acuerdo con la ley. Además, entiendo que cualquier derecho, incluyendo, entre otros, los derechos económicos, de investigación o de propiedad, relacionados con dichas muestras o tejidos seguirán perteneciendo a EEH.

Reconocimientos financieros

Pago de la atención: Entiendo que, mediante la firma de este formulario, acepto que EEH facture a mi seguro médico el costo de mi atención. A cambio de la atención que se me da, cedo y transfiero a EEH mis derechos, títulos e intereses a todos y cada uno de los reembolsos médicos conforme a mi póliza de seguro, certificado de suscripción u otro acuerdo de cobertura de beneficios médicos que de otro modo me corresponderían.

Doy mi permiso para que EEH revele toda la información médica, incluyendo la del VIH, que pueda ser necesaria para el pago en mi nombre de los servicios de atención médica prestados al paciente nombrado en este Consentimiento.

Entiendo que la cobertura del seguro puede cambiar y que mi aseguradora puede que no pague todo o que solo pague una parte de mi factura. Entiendo que mi aseguradora puede negar el pago de los servicios que no estén cubiertos por mi plan, o que la aseguradora decida que no son “medicamente necesarios”, “experimentales” o no están cubiertos. Aunque EEH puede tomar medidas razonables para apelar estas denegaciones, entiendo que soy totalmente responsable del pago de todos los cargos no cubiertos por el seguro médico.

Acepto que soy responsable de cualquier gasto de EEH en el cobro de las cantidades garantizadas por el presente documento, incluyendo todas las costas judiciales, los honorarios razonables de los abogados y todos los demás gastos. Autorizo a EEH a presentar un derecho de retención, o cualquier otra acción permitida por la ley de Illinois, para obtener el pago total de los servicios prestados.

Proveedores de facturación: Tal como lo exige la Ley de Facturación Justa al Paciente (Fair Patient Billing Act), entiendo que la atención y los servicios prestados en cualquier centro de EEH pueden incluir a cualquiera de los proveedores de EEH y sus filiales, incluyendo todos sus médicos, enfermeros y personal. Entiendo que cada proveedor puede facturarme por separado.

Entiendo que EEH no puede garantizar que un servicio esté cubierto por mi plan médico. Entiendo que es mi responsabilidad comunicarme con mi compañía de seguros para determinar si un proveedor o servicio hospitalario será cubierto por mi seguro. También entiendo que debo preguntar a mi médico cualquier duda que tenga sobre su situación laboral con EEH y si participa en los mismos planes de seguro que EEH. Entiendo que, si recibo servicios “fuera de la red”, puedo tener una mayor responsabilidad financiera ante EEH por el pago de estos servicios.

Entiendo que incluso si un servicio está cubierto, o parcialmente cubierto, por mi plan de seguro, todavía puedo ser responsable de parte del costo. Es mi responsabilidad comunicarme con mi compañía de seguros para determinar el costo del servicio que deberé pagar.

ERISA: Si mis beneficios de seguro se dan a través de un plan ERISA u otro plan médico grupal del empleador, y si lo permiten los términos del plan, cedo, transfiero y establezco todos mis derechos, títulos e intereses como beneficiario del plan a EEH, para mi atención. También nombro a EEH como mi representante autorizado para recibir información sobre la cobertura del plan y apelar a cualquier derecho de pago y beneficios de atención médica. Estoy de acuerdo en cooperar y dar la información necesaria con EEH para establecer mi elegibilidad para los beneficios de mi seguro.

Medicaid/Medicare: Si solicito que los servicios estén cubiertos por Medicare o Medicaid, certifico que la información dada por mí es correcta. Solicito que el pago de los beneficios que se autoricen se haga en mi nombre. Asigno los beneficios que se deben pagar por los servicios del proveedor al proveedor o a la organización que presta los servicios o los autorizo a presentar un reclamo a Medicare o Medicaid en mi nombre.

Asistencia financiera: Si no tengo seguro médico o tengo problemas para pagar mi factura, EEH ofrece a los pacientes elegibles opciones de asistencia financiera, que incluyen atención gratis, atención con descuento o planes de pago sin intereses. La información sobre la asistencia financiera, los criterios de calificación y si mi médico u otros proveedores ofrecen o no asistencia financiera está disponible a solicitud si llamo al Departamento de Cuentas de Pacientes (Patient Accounts Department) al 888-328-6087.

Mediante mi firma abajo, confirmo que leí, entendí y acepté el contenido de este formulario, el Consentimiento, incluyendo el lenguaje específico relacionado con los servicios del médico independiente. Pude hacer preguntas y todas se respondieron de manera satisfactoria.

Este Acuerdo está escrito en inglés. Si este Acuerdo se traduce a cualquier otro idioma, prevalecerá la versión en inglés.

Para que el formulario sea válido, debe presentar todas las firmas requeridas:

Firma del paciente (mayor de 18 años) o del representante personal Fecha/Hora
Relación con el paciente (marque una opción): Paciente Padre/madre Tutor Representante legal

Firma del paciente menor de edad (de 12 a 17 años) Fecha/Hora

Firma del testigo o del empleado Fecha/Hora

Firma/nombre del intérprete (si corresponde) Fecha/Hora

CONSENTIMIENTO PARA RECONOCER SU PRESENCIA AQUÍ

Todos los pacientes tienen derecho a recibir visitas autorizadas, llamadas telefónicas, correo, etc. mientras sean pacientes del Linden Oaks Hospital. Sin embargo, no reconoceremos la presencia de un paciente en nuestras instalaciones a menos que se nos dé el código de confidencialidad que se indica abajo.

Código de confidencialidad: _____

| | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| _____ Fecha/hora (Padre/madre, tutor u otro | _____ Firma del paciente o representante representante autorizado) | _____ Relación |
| _____ Fecha/hora | _____ Firma del testigo para firmar el formulario | _____ Relación |

Si el paciente o la persona responsable no firmó este formulario, indique el motivo y firme abajo:

Motivo

Fecha/hora _____ Firma del personal _____ Nombre en letra de molde _____